№ 22. Warszawa dnia 3 (15) Maja 1868 roku. Tom II

REDAKCJA przy ulicy Mazowieckiéj Nr. 1352*b*.

# KLINIKA.

Wychodzi co 1-szy i 15-ty każdego miesiąca.

CZASOPISMO POŚWIĘCONE UMIEJĘTNOŚCIOM LEKARSKIM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| w Warszawie: | Rocznie........ Rs. 3 (złp. 20)<br>Półrocznie..... „ 1 k. 50 ( „ 10)<br>Kwartalnie..... „ k. 75 ( „ 5) | na Poczcie w kopertach: | Rocznie . . Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)<br>Półrocznie. „ 2 k. 50 ( „ 16 „ 20)<br>Kwartalnie „ 1 „ 25 ( „ 8 „ 10) |

**w Redakcji pod opaską:** Rocznie Rsr. 4. — Półrocznie Rsr. 2. — Kwartalnie Rsr. 1.



## SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

### Pomyślnie wykonana plastyczna operacja na wardze dolnéj (Cheiloplastica).

Opisał **W. Kuszel**, Lekarz ordynujący przy Szpitalu Ś-go Mikołaja w Łęczycy.

Dnia 29 Stycznia r. z. przybył do Szpitala Ś-go Mikołaja *Jan Bińkowski*, kolonista, lat około 46 mający, dobrze zbudowany, lecz widocznie wycieńczony długo trwającém cierpieniem; tkanka tłuszczowa podskórna na twarzy w znacznéj części zanikła, uwydatniła liczne marszczki i fałdy, nadając mu pozór przedwczesnéj starości. Cera brudno-żółtawa, mięśnie wiotkie, puls 58 na minutę, słaby i wolny, język wilgotny i grubo obłożony.

W okolicy brody, narośl wielkości pięści dziecinnéj, formy grzybowatéj: powierzchnia zewnętrzna narośli wypukła, wzgórkowata i owrzodzona, płyn z niéj sączący się brudny, posokowaty i mocno cuchnący. Warga górna nie przedstawia żadnych zboczeń w kolorze, budowie i dotknięciu. Warga dolna zlana prawie w jedną massę z naroślą, utraciła swoją formę i barwę. Kąt prawy ust i spojenie warg niezmienione. Kąt lewy obniżony i zastąpiony nieregularną szczerbą, na $1/2$ centim. długą; przez szczerbę tę sączy się ciągły strumień śliny i miesza z wydzieliną owrzodzonego nowotworu. Spojenie wargowe lewe uległo przerodzeniu.

Narośl jest nieruchoma, podstawą przytwierdzona do przodkowéj powierzchni żuchwy, w dotknięciu miękka i łatwo krwawiąca. Przestrzeń jaką zajmuje nowotwór na powierzchni skórnéj brody, rozciąga się od brzegu górnego wargi dolnéj do brzegu dolnego żuchwy; pod względem symetrji z osią twarzy, jest położony większą częścią po stronie lewéj i sięga po za spojenie wargowe lewe na $1 1/2$ cent.

Na granicy narośli rozciąga się wązki pasek skóry, stwardniały, czerwony i pokryty licznemi grudkami *(papulae)*. Błona śluzowa jamy ustnéj blado-różowa, prawidłowa; warga dolna mocno zgrubiała, z trudnością daje się odchylić na dół i na zewnątrz, w dotknięciu nierówna, dziąsła w obu szczękach

nie przedstawiają nic nienormalnego, zęby dobrze osadzone, równe, niechwiejące się. Palcem obchodziłem ścianę wewnętrzną żuchwy, lecz przedstawiła się gładką i naturalną.

Badając okolice podżuchwowe szyi, nie znalazłem powiększenia gruczołów limfatycznych.

Co do stanu poprzedniego, wszystko co chory opowiedział da się streścić w tych słowach: że rok upływa, jak na dolnéj wardze powstał z niewiadoméj przyczyny mały guziczek, wielkości orzecha laskowego, przyjmował go za wyrzut i zaniedbywał leczenia; późniéj, skoro zaczął powiększać się, zasięgał rady lekarzy, przykładał różne maści i plastry, ale bezskutecznie; guziczek z każdym dniem rozrastając się, w końcu doszedł do obecnego stanu.

W obec tak długiego trwania i rozszerzania się nowotworu, natura jego złośliwa była widoczną: *mieliśmy do czynienia z rakiem wargi dolnéj w okresie rozpadu.*

Przy tak rozwiniętéj chorobie należało rozważyć: 1° Czy stan ogólny zdrowia chorego dozwala jeszcze myśleć o usunięciu cierpienia drogą operacyjną? i 2° Czy za pomocą operacji plastycznéj zastąpimy dokładnie obszerną utratę części miękkich, uległych przeistoczeniu rakowatemu?

W celu naradzenia się przyzwałem kolegów: Dra *Filutowicza* i *Stackelberg'a;* zgodzili się na wykonanie natychmiastowe operacji, ze względu, że siły chorego osłabione znacznie podkopanem odżywianiem, jedynie dadzą się poprawić po usunięciu źródła cierpienia. Chory zostawiony bez interwencji operacyjnéj, z każdym dniem będzie słabszy, ciągła utrata śliny, zaduch, trudność przyjmowania pokarmów, przyśpieszą nieochybnie fatalny koniec. Co do 2-go pytania, zważywszy, że: skóra na policzkach w częściach otaczających nowotwór i w okolicy podżuchwowéj, o ile dała się wybadać, nie przedstawia przeistoczenia rakowego, gruczoły limfatyczne szyi nie są powiększone, przeto utrata ciągłości wywołana operacją da się zastąpić częściami sąsiedniemi zdrowemi skóry.

Sposoby operowania przytaczane po dziełach chirurgicznych są zwykle zależne od danych wypadków (wprawdzie najczęściéj zdarzających się), mogą służyć za wskazówkę i natchnąć szczęśliwą myślą z jakiéj miejscowości umiano korzystać, i tak: *Chopart* zastępuje znaczną utratę wargi dolnéj, skórą wziętą z okolicy podżuchwowéj; płat ma postać prostokąta. Lecz skóra wzięta z téj okolicy, po odseparowaniu od części miękkich pod nią leżących, jest bardzo cienką, jéj grubość znacznie mniejsza od grubości policzków nie przedstawia odpowiednich warunków do bezpośredniego zrośnięcia się i uformowania saméj wargi.

Płat przez podniesienie do wysokości szpary ustnéj, jest zbyt naprężony i ciągłą ma dążność do opuszczania się na dół, a szwy łatwo przerzynają skórę.

Myśl zastosowania tego sposobu z tych względów została porzucona.

Sposób *Sym'a* zaproponował kolega *Stackelberg*, wykazując dostateczną przestrzeń zdrowéj skóry; odrzuciliśmy i ten sposób, ze względu, że płaty mając przerwaną ciągłość naczyń przez tak liczne cięcia, mogą następnie nie być dostatecznie odżywione, a przez to uledz łatwo zgorzeli.

Zgodzono się na mój projekt; który polegał na tém, aby po usunięciu całéj okolicy zajętéj nowotworem (Fig. I. *a*, *c*, *d*, *b*) zastąpić utratę ciągłości dwoma płatami bocznemi policzkowemi, (*f*, *a*, *c*, *h*, *i*, *e*, *b*, *d*, *g*), które uformują się przez rozszerzenie szpary ustnéj w kierunku kątów ust i odseparowanie od powierzchni zewnętrznéj żuchwy; powyższe płaty łatwo zejdą się brzegami wolnemi pionowemi *ac* i *bd*, są odpowiedniéj sobie grubości i dostatecznie odżywione.

Za przyjęciem mego projektu i to przemawiało, że nie mieliśmy pewności, jak daleko sięga przeistoczenie rakowate i czy część żuchwy przodkowa nie jest już zajęta podobnym procesem chorobowym, w takim razie wykonanie częściowe resekcji byłoby ułatwionem, znacznem obnażeniem żuchwy.

Rozebrawszy wszystkie zdarzyć się mogące wypadki w czasie operacji, przygotowałem odpowiednie narzędzia, cały opatrunek, a następnego dnia, to jest 30 Stycznia, rano, koło godziny 10-éj, zebraliśmy się wszyscy, celem wykonania operacji.

Chory umieszczony był w fotelu, głowę miał ku tyłowi przechyloną i wspartą na piersiach posługacza, twarz obróconą do światła.

Cięciem poziomem *be*, od lewego kąta ust idącem, przedłużyłem w lewą stronę szczelinę ust, na $1\,^1/_2$ cala, żeby się nie spotkać z kanałem *Stenon'a*, i przez ostrożność w otwór jego wprowadziłem poprzednio szczecinkę, przeciętą tętnicę wargową, kolega assystujący skręcił szczypczykami; wprowadził palec wskazujący w ranę, naprężył wargę dolną, tak, że mogłem zrobić równo cięcie pionowe *bd*, do dolnego brzegu żuchwy; dokonałem je zewnątrz kąta lewego ust, omijając umyślnie spojenie wargowe uległe przeistoczeniu; cięcie pionowe zajmowało całą grubość policzka.

Następnie pomocnik schwyciwszy szczypczykami wolny koniec wargi dolnéj, naprężył ją dostatecznie, a ja wykonałem drugie cięcie pionowe *ac*, równoległe do poprzedniego, na wewnątrz prawego kąta ust, w odległości $^1/_4$ cala od spojenia wargowego; cięcie to skończyłem na brzegu dolnym żuchwy; tętnice skórne zostały skręcone.

Teraz przystąpiłem do oddzielenia samego nowotworu: palcami lewéj ręki odwróciłem wargę dolną, pomocnik odciągnął nowotwór na dół szczypcami *Mousse'go*, a ja nożykiem o grubym grzbiecie, jaki się używa przy resekcji, zacząłem odseparowywać ścianę jego wewnętrzną od dziąseł, potém podsunąłem nóż pod spód nowotworu i oddzieliłem całą jego podstawę od powierzchni zewnętrznéj przodkowéj żuchwy, jak najbliżéj saméj kości, cięciem poziomem *ed*, o $^1/_4$ cala niżéj brzegu dolnego żuchwy i na tém zakończyłem pierwszą część operacji.

Po usunięciu nowotworu, wymaczałem gąbką krew, która się obficie sączyła. Powierzchnia obnażona żuchwy, odpowiadająca podstawie nowotworu, przedstawiła się nierówną, chropowatą, okrytą licznemi włóknistemi strzępami. W innych miejscach sama kość okryta była okostną, prawdopodobnie zdrową. Zaniechaliśmy więc projektu wykonania częściowéj resekcji, lecz część powierzchni podejrzanéj przypiekłem żegadłem.

Przystąpiłem bezzwłocznie do drugiéj części operacji: uformowania płatów policzkowych. W tym celu odseparowałem część dolną lewego policzka cięciem *dg*, od powierzchni żuchwy, tętnicę szczękową lewą zaraz podwiązałem. Płat uformowany przedstawił się dosyć ruchomy i podatny. Cięciem *hc*, z drugiéj strony żuchwy, wykroiłem płat z policzka prawego: ten okazał się mniéj ruchomy, przeto zdecydowałem się rozszerzyć szparę ustną w prawą stronę *(af)* na 1/2 cala od kąta prawego, tym sposobem płat policzkowy prawy nabrał odpowiedniéj ruchomości; tętnica szczękowa prawa została podwiązaną.

Po dokonanem uformowaniu płatów, ująłem każden z nich jedną ręką, dla przekonania się czy się zejdą bez zbytniego naciągania brzegami pionowemi *ac* i *bd*, jednakże okazało się, że płaty są jeszcze za krótkie; zmuszony byłem odseparować je daléj, od powierzchni przodkowéj żuchwy i rozszerzyć nieco szparę ustną w obie strony. Po obmyciu zimną wodą brzegów ran, usunięciu krwawienia, przeprowadziłem trzy grube nitki w czworo złożone i nawoskowane, w odpowiedniéj odległości od brzegu wolnego każdego z płatów policzkowych, tak, żeby ściągając je w kierunku poziomym, płaty zbliżały się dokładnie brzegami pionowemi *ac* i *bd*, w całéj swéj długości. Punktami szwów były: środek każdego brzegu i krańce (Fig. I *A*.); nitki przeprowadzałem za pomocą grubéj igły, wkłuwając od zewnątrz ku wewnątrz w płat policzkowy lewy, a od wewnątrz ku zewnątrz w płat prawy: odległość punktów od brzegów wynosiła centymetr, żeby się szwy nie łatwo przerzynały.

*Fig. 1.*




Utrwaliwszy płaty we właściwem położeniu, pomocnik powiązał nitki (środkową dolną i górną) w węzły piórkowe, żeby uniknąć zbytniego wrzynania się szwów. Dla dokładniejszego zbliżenia brzegów pionowych między szwami piórkowemi, umieściłem ośm szwów szpilkowych.

Następnie przystąpiłem do uformowania wargi dolnéj: błonę śluzową w całéj długości brzegów górnych: *af* i *be*, płatów policzkowych, odwróciłem na zewnątrz i przytwierdziłem do powierzchni skórnéj, przez nałożenie 12-tu szwów węzełkowych. Dla zapobieżeniu zrastania się szpary ustnéj w kątach ust, nałożyłem podobne szwy i na przedłużeniu wargi górnéj.

Brzegi dolne *hc* i *dg*, płatów policzkowych zbliżyłem ze skórą podżuchwową, odseparowaną na wązkiéj przestrzeni, w dwóch punktach krańcowych, szwem węzełkowym, w środku zaś, to jest w okolicy odpowiadającéj guziczkowi brodowemu, nie nakładałem szwów, celem zostawienia odpływu ropie, mającéj się wydzielać z pod płatów z powierzchni żuchwy przypalonéj żelazem.

Po zupełnem dokonaniu operacji, obciąłem końce szpilek, pod nie po-

dłożyłem równe pasemka szarpi; z wierzchu wszystkie szwy przykryte zostały podobnemi paskami układanéj szarpi i wązkiemi plasterkami lepkiemi. Na okolicę brody nałożyłem szarpi targanéj dla ścieku ropy.

Cały ten opatrunek utrzymany został, szczelnie nałożoną opaską brodową. Chorego kazałem przenieść na łóżko, zabraniając mu mówienia i używania pokarmów przez dni dwa.

Operacja trwała z nałożeniem szwów, przeszło pół godziny; chory stracił nie wiele krwi, jednakże wrażenie jakiego doznał w czasie operacji i mocne nadwątlenie sił przyprawiło go o kilka chwilowych zemdleń. Nowotwór z częścią odciętéj skóry wziął kolega *Stackelberg* dla zbadania jego budowy histologicznéj. Po zbadaniu nowotworu pod mikroskopem dr. *Stackelberg* nazwał go mięśniakiem *(sarcoma)*.

Wieczorem tegoż dnia puls podniósł się do 78 uderzeń, chory ręką wskazuje lekki ból głowy.

Przez 3 dni następne gorączka umiarkowana, puls 92 na minutę, opatrunku nie zmieniałem. Chory używa napoju małą łyżeczką.

Dnia 3-go Lutego. Na wierzchu opaski brodowéj widać było ślady ropienia; zmieniłem opatrunek. Od tego dnia zaczął chory przyjmować pokarm płynny dwa razy dniem.

Dnia 4-go Lutego. Zmieniając opatrunek, dostrzegłem, że szwy węzełkowe wargi dolnéj i górnéj, zupełnie zrosły się *(per primam intent.)*, błona śluzowa równo jest wywróconą i przystaje dokładnie do brzegu skórnego, nitki od szwów zostały przecięte i ostrożnie wydobyte. Szwy szpilkowe i piórkowe trzymają się dobrze. W okolicy brodowéj ropa posokowata obficie odchodzi, płat podżuchwowy na brzegu wolnym zaczerwieniony i połyskujący. Szwy krańcowe wrzynają się głęboko w skórę, narażając jéj ciągłość, zostały przeto usunięte. Płat przestrzyknąłem naparem rumianku i posmarowałem olejem kamforowym. Opatrunek jak wyżéj.

Dnia 5-go i 6-go Lutego. Ropienie obfite, ropa gęstsza i biaława, chory nie gorączkuje, ma apetyt, przyjmuje dwa razy dziennie pokarm łyżeczką. Płat podżuchwowy przybrał kolor naturalny, ale zmienił się nieco ku dołowi; dla utrzymania go w zetknięciu z brzegami dolnemi płatów policzkowych, od których odstaje na pół cala, zbliżałem go wązkiemi plasterkami pionowemi. Opatrunek brodowy zmieniam dwa razy dniem, dokładnie przestrzykując płaty i powierzchnię obnażoną żuchwy.

Szwy piórkowe trzymają się dobrze, szwy szpilkowe wrzynają; trzy z nich wydobyłem.

Dnia 7-go Lutego. Usunąłem resztę szwów szpilkowych, a na ich miejsce zakładam plasterki wązkie poziome.

Dnia 8-go Lutego. Zostały wydobyte i szwy piórkowe. Po obmyciu i oczyszczeniu rany, okazało się, że brzegi pionowe płatów policzkowych prawie w zupełności zrosły się z sobą, tworząc bliznę pionową dosyć regularną. Jeden tylko szew piórkowy środkowy nie był zrośnięty, na jego miejscu leży mały otworek owalny, wielkości grochu polnego, powstały od rozejścia w tym

miejscu brzegów rany; zgłębnik wprowadzony w otworek porusza się swobodnie po ścianie żuchwy. Zrośnięcie od wewnątrz płatów policzkowych między sobą jest dokładne, do powierzchni żuchwy niezupełne, bo płyn przestrzykiwany od dołu rozlewa się po jamie ustnéj.

Płat podżuchwowy zaczyna przyrastać do żuchwy i brzegów dolnych płatów policzkowych, ropienie skąpe, gęste. Część obnażoną żuchwy tuszuję saletranem srebra; brzegi otworka ściągam plasterkami krzyżującemi się.

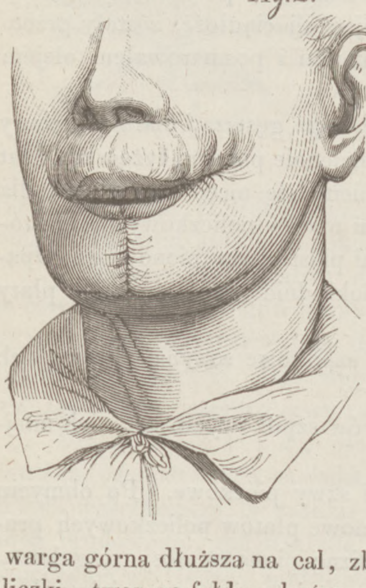
Dnia 10, 11, 12, 13, 14 i 15. Stan ten sam. Obnażona część żuchwy okrywa się obficie ziarniną (granulacjami), płat podżuchwowy prawie nieruchomy, jego brzegi w znacznéj części przyrosły do brzegu dolnego płatów policzkowych, część środkowa jeszcze w stanie ropienia. Przy szprycowaniu, od strony jamy ustnéj, płyn wylewa się w małéj ilości okolicą brodową, co jest znakiem przyrastania płatów do żuchwy.

Otworek nie zarasta. Opatrunek jak poprzednio.

Od 15 do 25, nastąpiło zupełne przyrośnięcie płatów policzkowych do powierzchni przodkowéj żuchwy, płyn wstrzykiwany do jamy ustnéj już nie wylewa się brodą, płat podżuchwowy, prawie całą długością swego brzegu, zrósł się z brzegiem płatów policzkowych, w środkowem tylko miejscu na przestrzeni pół cala odbywa się ropienie, lecz rana jest wypełnioną granulacjami i szybko dąży do zabliźnienia się.

Brzegi otworka zostały okrwawione i nałożyłem na nie jeden szew ósemkowy. Dnia 28 po zdjęciu szwu, brzegi rany, jak poprzednio, rozeszły się; tuszuję je saletranem srebra, dla pobudzenia rośnięcia granulacji.

*Fig. 2.*



Od 1-go Marca do 20-go t. m. Nastąpiło zupełne przyrośnięcie płatów do siebie w całéj długości brzegów i do powierzchni żuchwy. Otworek po wypełnieniu granulacjami okrył się blizną nieco wklęsłą. Przez cały ten czas chory przepisywaną miał djetę pożywną, polewkę z wina lub piwa. Z leków miał przepisywane: Pigułki *Blancard'a* i ziółka gorzkie *(species amarae)*.

Dnia 1-go Kwietnia chory wyszedł ze szpitala w następnym stanie: czuje się zupełnie zdrów, cera jego przybrała koloryt naturalny, odżywienie ciała poprawione, siły powróciły, mięśnie są jędrniejsze, sen i apetyt dobry.

Wyraz twarzy znacznym uległ zmianom: dołączona rycina (fig. 2) przedstawia wygląd twarzy po dokonanéj operacji. Widzimy, że warga górna dłuższa na cal, zbyt jest ruchoma i swobodnie zwiesza się na policzki, tworząc fałdy ukośne, idące od skrzydeł nosa do kątów ust. Przy zamkniętych ustach warga górna nakształt zasłony, przykrywa znaczną część

wargi dolnéj; przy otwieraniu ust obnażone oba szeregi zębów na znacznéj długości przykry widok sprawiają. Warga dolna krótka, wązka i naprężona, ściśle przystaje do dziąseł. Szpara ust jest nieco ukośna i lekko wygięta w środku, kąt lewy ust podniesiony na pół cala. Od środka wargi dolnéj idzie blizna pionowa do guziczka brodowego, wązka na dwa milimetry; w środku przedstawia małe wgłębienie; druga blizna poprzeczna pozioma, biegnie od jednego kąta żuchwy do drugiego, szeroka na 4 milimetry.

Brak harmonji w mięśniach mimicznych twarzy, daje się łatwo spostrzedz w czasie mówienia chorego i spożywania pokarmów. Przy ciągłéj ekskursji ust prawdopodobnie rozciągnie się warga dolna, a górna straci na swojéj swobodzie i te stosunki w części zostaną uregulowane.

---

# PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

---

### CZASOPISMO LEKARSKIE

Deutsches Archiv für Klinische Medicin. Tom 3-ci. Prace *Jürgensen'a.*

(*d. c. i dok.*)

*T. Jürgensen*, autor tyle głośnego dzieła: „o stosowaniu środków ochładzających (kąpieli i obwijań) przy leczeniu tyfusu", rozpoczął w roku zeszłym szereg „teoretycznych studjów wstępnych" do **„nauki o leczeniu chorób gorączkowych za pomocą zimnéj wody"** (Zur Lehre von der Behandlung fieberhafter Krankheiten mittelst des kalten Wassers).

Na wstępie, autor podnosi ważność teoretycznych studjów, w celu poparcia otrzymanych przy łóżku chorego korzyści z użytego środka. W szeregu klinicznych swych spostrzeżeń, spotkał się z takiemi wypadkami tyfusu, w których *jednorazowe* ochłodzenie (kąpielą, obwijaniem), na wysokości choroby dokonane, na bardzo długi czas utrzymywało zniżoną temperaturę. Ztąd pytanie: pod wpływem jakich mianowicie momentów ochłodzenie w tych razach tak pomyślnie działało? Pomiędzy możliwemi momentami, bierze *porę dnia*, w której ochłodzenie dokonanem było, i dlatego najpierw postanowił zbadać *zachowanie się temperatury w ciągu doby u zdrowych ludzi.* Praca ta odznacza się, zdaniem samego autora, nie tyle nowością zdobytych przezeń faktów, ile dokładnością robionych eksperymentów, na jakiéj dotychczasowym badaniom na tem polu zbywało. (*Lichtenfels* u. *Frölich* Denkschriften der Wiener Akademie; mathemnaturwiss. Klasse. Bd, III, 1852). Wymienieni tu badacze otrzymywali liczby średnie z porównania stopnia temperatury, znajdowanego o jednéj i tejże saméj godzinie w różnych dniach u pewnéj osoby. Pomijam tu łatwo pojąć się dające zarzuty, jakie autor téj metodzie badania, pod względem jéj dokładności czyni. Również badania *Weyrich'a* [1]) jako polegające na mierzeniu temperatury w odstępach godzinowych i jako pomijające godziny nocne, zdaniem autora, nie zasługują na uwzględnienie. Dawniejszym pracom *Gierse'go* (1842), *Hallmann'a* (1844), *Bärensprung'a* (1851) i nowszéj pracy *Winternitz'a* (Medicinische Jahrbücher, Wien, 1864. Heft 4) zarzuca, że są oparte na niedostatecznéj liczbie pojedynczych obserwacji. Wreszcie wspomina pochlebnie o pracy *Knauthe'go* (Zeitschrift f. Med., Chir, u. Geburtshilfe, 1865), który u dwóch zdrowych ludzi mierzył temperaturę co pół godziny w jednym, co kwandrans w drugim wypadku. Rezultat tych badań w ogóle zbliża się do wypadku pracy autora.

Metoda postępowania była następująca: wkładał termometr do otworu stolcowe-

---

[1]) Die immerkliche Wasserverdunstung etc. Leipzig, 1862.

go na 5 Ctm w głąb, pozostawiał go tam stale przez 3—6 dni, wyjmując tylko przy schodzeniu osoby obserwowanéj z łóżka, na stolec i t. p. Stopień temperatury zapisywany był co 5 minut dniem i nocą. Do obserwacji użytemi byli trzéj zdrowi mężczyźni: 1., *Vogel* (42 lat, ciało 165 Ctm. dł., obj. klatki piersiowéj 95 Ctm., obj. w pasie 75 Ctm., waga 59,7 do 55,1 kilogramów, ta ostatnia po 62 godzinach głodu); obserwowano u niego temperaturę najpierw, *a*, przez 58 godz. w stanie normalnym; daléj *b*., (po 9-u godzinach przerwy), przez 22 godz. normy, 33 godz. głodu, 17 godzin z obfitym pokarmem; *c*., 1 godz. normy; 62 godz. zupełnego głodu, 34 godz. następnych obf. pok.; *d*., 7. godz. normy, 41 godz. normy w kąpieli chłodnéj. 2., Drugim był *Höft* (41 lat, ciało 173 Ctm. dług., obj. kl. p. 92. Ctm.; w pasie 85 Ctm, waga około 70,5 kilogramów). Obserwowanym był przez ciąg 6-o dniowy a mianowicie przez 64 godz. normy i 78 godz. w chłodnéj kąpieli., 3. Trzecim był Student medycyny *A*., (24 lat, ciało 171 Ctm. dł., obj. kl. piers. 86 Ctm, w pasie 70 Ctm, waga 63 Kgrm). Obserwowany był przez dni dwa, z których jeden spędził o głodzie. Dwaj pierwsi leżeli ciągle w łóżku; A. chwilami chodził po pokoju [2]) Nadto w pewnych odstępach czasu (6—24 godz.) robiono poszukiwania nad ilościwym składem moczu.

Każdy pojedynczy okres obserwacji w jednakowych warunkach (normy, głodu, kąpieli) przedsiębranéj, przedstawionym jest w pracy autora w postaci tabelli. Tylko w tych miejscach cyfra wyrażająca stopień temperatury jest oznaczoną, w których temperatura uległa zmianie w porównaniu z temperaturą przed 5 minutami znalezioną. Gwiazdkami znaczone są czasy przyjmowania pokarmu. Oto przykład podobnéj tabelli, który może być bardzo przydatnym jako szemat do dokładnych obserwacyj klinicznych.

Tab. I. *Vogel*

Dieta normalna. — Od 10 Września do 11 Września.

| Godzina | 0' | 5' | 10' | 15' | 20' | 25' | 30' | 35' | 40' | 45' | 50' | 55' | Godzina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 38,2 | | | | | | | 38,1 | | 38,0 | * | * | 6 |
| 7 | 38,0 | | 37,9 | | | 37,8 | | | | | | | 7 |
| 8 | 37,8 | 38,0 | | | | 38,1 | | | 38,0 | | | | 8 |
| 9 | 38,0 | | | | 37,8 | | | | | | | | 9 |
| 10 | 37,8 | | | | | | | | | | 37,7 | | 10 |
| 11 | 37,7 | 37,6 | | | | | | | | | | | 11 |
| 12 w nocy | 37,6 | | | | 37,4 | | | | | | | | 12 w nocy |
| 1 | 37,4 | | | | | | | | | | | | 1 |
| 2 | 37,4 | | | | | | | | | | | | 2 |
| 3 | 37,4 | | | | | | | | | | | | 3 |
| 4 | 37,4 | | | | | | | | | | | | 4 |
| 5 | 37,4 | | | | | | | | | | | | 5 |
| Godzina | 0' | 5' | 10' | 15' | 20' | 25' | 30' | 35' | 40' | 45' | 50' | 55' | Godzina |

Tablic takich odnoszących się do *Vogel'a* mamy 10, odnoszących się do *Höft'a* 2 i do Stud. med. *A*. także 2. Pominąwszy inne, mniéj pewne wnioski, jakie pogląd na te tablice obserwacyjne wyprowadzić pozwala, niezawodnem jest to, że temperatura ciała opada niemal jednostajnie od godziny 9-éj wieczór aż do 7-éj rano, od 7-éj zaś rano aż do wieczora się wznosi. Można bieg zmian temperatury w ciągu doby wyrazić w 4-ch okresach, jako 1-o Minimum, 2-o Okres wzrastającéj temperatury, 3-o Maximum i 4-o Okres

[2]) Wszystkie powyższe dane uważałem za konieczne szczegółowo tu zamieścić, by w razie przedsięwzięcia prac podobnych u nas, wiedziano czego wymaga dziś świat naukowy pod względem dokładności przedsiębranych eksperymentów. *M.*

zniżającéj się temperatury. Autor zastanawia się z kolei nad każdym z tych czterech okresów.

Znalezione przez autora minimum wynosi 37,4° C, maximum zaś 38,1° C. Co do szczegółów przebiegu powyższych czterech okresów, autor przychodzi do następujących wniosków: *Od godziny 1 min. 30 w nocy* (początek okresu minimum) *do godziny 7 min. 30 z rana* (koniec minimum) *trwa najniższa temperatura, mniéj więcéj stała. Od godziny 7 min. 30 z rana* (początek okresu wzrastania) *temperatura podnosi się z początku powoli, następnie szybko do pewnéj stałéj wysokości, któréj dosięga mniéj więcéj o 10 godzinie 30 min. rano i trwa do 1 godz. w południe* (autor nazywa to okresem stałym „constanter Abschnitt"). *W tym czasie przypada zwykle krótko trwające podniesienie temperatury, po którem następuje dłużéj trwające zniżanie się jéj. Począwszy od téj chwili, temperatura się wznosi i dochodzi,* (koniec okresu wzrastania) *o godzinie 4-éj po południu, do maximum* (początek maximum) *w którem trwa do godziny 9-éj w wieczór. Zniżanie się temperatury, poczynając od godziny 9-éj wieczór, odbywa się z początku bardzo szybko, następnie zaś w bardzo długo trwających okresach stałéj temperatury.*

Daléj autor przystępuje do rozpatrzenia innych momentów, jakich mu powyższe obserwacje dostarczyły. Zastanawia się mianowicie najpierw *nad granicami wśród których temperatura w ciągu doby się waha* w stanie zdrowia. Różnice znalezione pomiędzy średniem minimum, a średniem maximum były nieco różne u trzech obserwowanych indywiduów (wynosiły 1,0° C *Vogel*, 1,5° C *Höft*, 2,0° C *Stud. A.*) Autor przypuszcza że wielkość téj różnicy, i w ogóle wielkość wahania się temperatury, w ciągu doby, wzrasta proporcjonalnie do wrażliwości indywiduum. Dlatego najmłodszy i najwrażliwszy *Stud. A.* największą różnicę przedstawia.

Tak przy tych jak i przy powyższych obrachowaniach, autor zauważył, że średnia temperatura doby, w dniu przybycia indywiduum obserwowanego, zawsze bywa niższą od średniéj temperatury doby w bezustannym spoczynku spędzonéj. Tłomaczy on fakt ten tem, iż w dniu przybycia więcéj siły żywéj zużytéj zostaje nie pod postacią ciepła, mniéj zaś siły związanéj (utajonéj) z pokarmami przybywa.

Ostatnią kwestją, którą na drodze powyższych eksperymentów autor rozstrzygnąć się stara, jest kwestja *zależności lub niezależności typowego przebiegu zmian w temperaturze ciała od przyjmowanego pokarmu.* Dawniejsi badacze na tem polu przyjmowali *a priori* zależność krzywizny wahań temperatury dziennéj od posiłku rannego, południowego i wieczornego, nie dając się przekonać faktom z własnych ich eksperymentów podczas głodzenia wynikającym, a które o istnieniu takowéj zależności wątpić nakazywały. Autor mniema iż *a priori* niepodobna zaprzeczyć możliwéj zależności wytwarzania się ciepła od przypływu pokarmów. Większa część wytwarzanego w ciele ciepła, pochodzi z procesów utleniania, które odbywają się, już to kosztem samych tkanin organicznych, już też kosztem pewnych części składowych pokarmów do krwi wessanych. W skutek tych procesów utleniania, siła utajona (Spannkraft) przechodzi w siłę żywą. Ale ta siła żywa, przy zupełnym spokoju w czynności mięśni, przejawia się pod rozmaitą postacią i rozmaitym potrzebom czynić musi zadość, a nie występuje wyłącznie pod postacią wolnego ciepła. Owa, tak zwana „praca wewnętrzna", zwiększoną zostaje w miarę powiększonego przypływu pokarmów i niezawodnie pewną część wywiązującéj się siły żywéj zużywa. Nadto, niewiadomem nam jest, w jakim czasie spożyte pokarmy zupełnie zużytemi zostają, czyli, jak długo po przyjęciu pokarmów, kosztem pochodzących z nich części składowych, procesa utleniania się odbywają. Czas ten niezawodnie zależy od jakości, oraz od formy przyrządzenia pokarmów, jak również od stanu oddychania i pracy serca i t. d. Tak więc, teoretycznie musimy przyjąć wpływ pokarmu na wytwarzanie się ciepła, ale jednocześnie przyznać się musimy do niewiadomości co do sposobu i czasu, w jakich ów wpływ wywartym zostaje, a tem samem *a priori* bynajmniéj nie jesteśmy obowiązani przypuszczać istnienia wyłącznéj zależności typowego biegu zmian temperatury od przyjmowania pokarmów.

Eksperymenta prowadzące do wyjaśnienia tych kwestji, polegały raz: na mierzeniu temperatury w okresach głodu, powtóre: na takiemże mierzeniu jéj przy podawaniu posiłku obfitego, w niezwykłych porach doby i po poprzedzającym głodzie. *Vogel* głodzonym był raz przez ciąg 33 godzin (po poprzedniéj 24-o godzinnéj obserwacji przy normalnéj diecie), i drugi raz przez ciąg 62 godzin. Nie podawano mu ani pokarmu, ani napoju (nie dozwolono nawet aby woda stała w pokoju). Temperatura pokoju wynosiła 15-o C. *Vogel* miał się ciągle zupełnie dobrze. Również i Student *A*. poddał się 24-o godzinnéj próbie głodowéj. Na drodze porównań i obrachowań z eksperymentów tych wynikających, autor przychodzi do twierdzenia: iż przy zupełnym głodzie, typowy bieg zmian temperatury, któryśmy wyżéj podali; wyraźnym być nie przestaje, tylko średnie wypadki liczb są nieco niższe, aniżeli przy normalnem pożywieniu, i wszystkie okresy w których normalnie pewne zniżanie się temperatury ma miejsce, w stosunku do tych, w których normalnie wzrastanie następuje, zdają się być przedłużonemi co do swego trwania (szczególniéj okres zniżania się temperatury). Różnicę od tego stanowi druga połowa czasu 62-u godzinnego głodzenia. Tutaj po 37 początkowych godzinach głodu (podczas których, być może, cały zapas materjału z pokarmów poprzednio przyjmowanych, zużytym został), znajdujemy: iż średnia wysokość liczb oznaczających temperaturę, podniosła się *nad normę* a nadto, okresy wzrastania i maximum stały sią dłuższemi *niż normalnie*; natomiast, w czasie, w którym zwykle okres minimum przypada, temperatura nie spadła do normalnego minimum (37,4$^0$C) a tylko do 37,6$^0$C i pozostawała na tym stopniu tylko przez 20 minut, poczem już wzrastać na nowo zaczęła. Tak więc okresu minimum (po 60 godzinach głodu) wcale prawie nie było. Typowy bieg zmian temperatury i w téj obserwacji, mimo powyższych zboczeń, w głównych punktach pozostał niezmienionym.

Drugi szereg eksperymentów, polegających na podawaniu poprzednio głodzonemu przez 33 resp. przez 62 godzin *Vogel'owi* obfitego pokarmu, w niezwykłéj porze doby (o 1-éj w nocy $^1/_2$ butelki wina, rano o 9-éj beafsteak, kawa, chleb, masło i t. d.), doprowadził autora do wypadku, iż zaraz po spożyciu pokarmu, szczególniéj po długim głodzie, temperatura wyraźnie, ale na bardzo krótki czas, wzrasta, następnie się zniża i daléj typowo bieży; że przy bardzo obfitym pokarmie, średnia temperatura dnia i w ogóle wysokość stopni ciepła w porównaniu ze stopniami ciepła przy normalnéj diecie, o téj saméj porze, jest znaczniejszą; że jednak ani anormalnie obfity pokarm, ani podawanie takowego w anormalnéj porze, nie zmienia typowego biegu zmian temperatury w ciągu doby.

Ponieważ produkcja ciepła, jest pomiędzy innemi wynikiem głównie dwóch czynników: procesu utleniania się tkanin i procesu utleniania się pokarmów, zatem, dla ocenienia doniosłości wpływu każdego pojedyńczo z tych czynników na *typowy bieg* temperatury, należałoby porównać bieg ten przy wyłącznem a przynajmniéj przeważnem utlenianiu się pokarmów (przy bardzo obfitym posiłku), z biegiem temperatury przy wyłącznem utlenianiu się tkanin. Ta jednak ostatnia obserwacja jest na teraz nie możliwą, ponieważ nieznanym nam jest czas, w którym po przyjęciu pewnego pokarmu, wszystkie zdolne do assymilacji części jego zużytkowanemi zostają. (U psa następuje to zwykle w 48 godzin po ostatnim posiłku).

Jednakże i powyższe już rezultata eksperymentów autora, pozwalają wyprowadzić wniosek: *że przyjmowanie pokarmów wpływa na podnoszenie się chwilowe lub ogólne temperatury, ale nie od niego zależy typowy bieg zmian temperatury w ciągu doby.*

Autor u osób poddanych obserwacji, tak przy normalnéj diecie, jak i przy głodzie, dokonywał ważenia ciała i oznaczania ilości mocznika etc., i to co 6 godzin powtarzał. Zestawienie otrzymanych ztąd cyfr, przekonało go: iż *bieg zmian normalnych temperatury w ciągu doby, bynajmniej nie idzie równolegle z biegiem zmian w wadze ciała i w ilości wydzielanego mocznika.*

Szczególniéj ten fakt zasługuje na uwagę, że w drugiéj połowie czasu głodzenia (pomiędzy 38-ą a 62-ą godziną głodu), przy bardzo małéj stracie na wadze ciała i zmniej-

szonéj ilości wydzielanego mocznika, temperatura ciała jest wyższą, aniżeli w początkowych 37 godzinach głodu, a nawet wyższą, aniżeli u normalnie żywiącego się człowieka Autor tłomaczy fakt ten hypotezą, za którą jednak nie małe przemawia prawdopodobieństwo. Sądzi on: że przez pierwsze 36 godzin głodu, podlegały utlenianiu materjały zapasowe. z pokarmów poprzednio przyjętych, w kiszkach zawarte i do plasmatu krwi wessane. Po upływie zaś tego czasu, w proces utleniania wciągniętemi być musiały części składowe zorganizowanych już tkanin samego ciała, które właśnie dla tego, że są częściami składowemi elementów histologicznych (komórek), większy opór wpływowi tlenu stawiają. Najmniéj wszakże z pomiędzy części składowych organicznych ciała, stawia oporu utlenianiu tłuszcz, a przytem utleniając się, najwięcej ciepła wytwarza. Otóż po zużyciu się materjałów pokarmowych, w drugiéj połowie okresu głodzenia, rozpoczęło się utlenianie tłuszczu, ztąd wysoka temperatura obok małéj straty na wadze i zmniejszonéj ilości mocznika.

Dla czego wszakże temperatura w drugiéj połowie okresu głodowego *wyżéj temperatury normalnéj* się wznosi, to stara się autor nową hypotezą objaśnić. Produktem zmiany materji nie jest samo tylko ciepło, ale i woda, i istoty azotowe. Ilość substancji organicznéj, która przy utlenianiu wytwarza dostateczną (normalną) ilość ciepła, może jednocześnie nie dostarcza odpowiednéj normalnym potrzebom ilości wody i istot azotowych. Dla tego więcéj jeszcze owéj substancji organicznéj utlenieniu podpaść musi, a przytem obok wywiązującéj się wody i istot azotowych, powstaje niby produkt oboczny, pewna nadmierna ilość ciepła, która summując się z pierwszą, powoduje termometrycznie ocenić się dające podniesienie temperatury ciała nad normę. (Przypuszczenie to zdaje nam się być mocno naciągniętem. *M.)*

W końcu autor wypowiada swe mniemanie, iż ponieważ bieg typowy zmian temperatury, w ciągu doby nie okazał się zależnym od indywidualności obserwowanéj osoby, ani od przyjmowanego pokarmu, zatem istota jego dotychczas nie jest wyjaśnioną. Bardzo jest wszakże prawdopodobnem, iż wyjaśnienie téj kwestji, nastąpi po najnowszych pracach *Pettenkofer'a*, *Voit'a* i *Henneberg'a*, którzy wykazali stały antagonizm, w ilościach przyjmowanego tlenu, i wydzielanego kwasu węglowego, we dnie i w nocy.

*Markiewicz.*

---

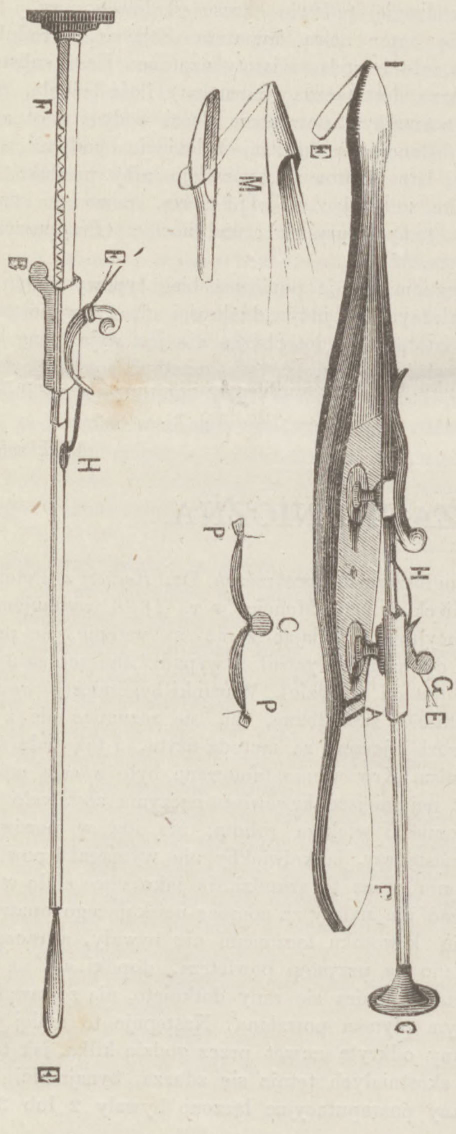
# KRONIKA ZAGRANICZNA.

*Opatrunek ran po amputacjach.* Z ogłoszonych spostrzeżeń Dr. *Kocher* z Petersburga, odnoszących się do kampanji niemieckiej nad Menem w r. 1866 wyjmujemy co następuje, o opatrywaniu ran poamputacyjnych, dodając zaraz na wstępie, że procent śmiertelności przy opisywanej metodzie opatrunku wynosił 4 wypadki śmierci na 94 amputacji (w tej liczbie 21 wypadków amputacji w udzie). Warunki hygieniczne we wszystkich tych wypadkach, były jak najfatalniej zaniedbane, ma się rozumieć nie z winy obserwatora. Okoliczność ta wszakże bardziej jeszcze za metodą użytą, a tak małą śmiertelność dającą przemawia: Oto słowa opisu: Krwawienie tamowane było z całą możliwą drobiazgową sumiennością. Każde nawet najmniejsze krwawiące naczynie zostawało podwiązywanem. Wynikające ztąd utrudzenie i większa robota, nie idą w porównanie z tą okolicznością, iż wszelki krwotok następczy, jakkolwiekby nie wymagał i powtórnego podwiązania, nastąpionemu już połączeniu przez to szkodzi, iż jako obce ciało w niem zostaje. Nigdy zaś krwotokowi zapobiegać nie należy za pomocą uciskającego opatrunku. Brzegi rany nigdy *zaraz* po zatamowaniu krwotoku łączonemi nie bywały, a raczej dopóty otwartemi je zostawiano i wystawiano na przystęp powietrza, dopóki się na nich nie zebrał wysięk surowiczy tak, że szarpia, którą się rany dotknięto, nie zostawała już zakrwawioną a tylko jakoby pomyjowatym płynem powalaną. Następuje to mniej więcej w ciągu pół godziny. Pozostawienie rany odkrytą nawet przez godzin kilka, jak to niekiedy przy uporczywem krwawieniu ze skostniałych tętnic się zdarza, bynajmniej szkodliwie na zagojenie się nie wpływa. Rany poamputacyjne łączone bywały 2 lub 3 wę-

zełkowemi szwami. Pomiędzy szwami umieszczano 2 do 3 długich pasków lepkiego plastru utrzymujących płaty w zbliżeniu, nie wywierając ucisku na pieniek. Szwy przecinano jak tylko z powodu obrzmienia płatów groziły przedarciem brzegów. Plastry zmieniano wtedy, kiedy się same odklejały, co zwykle nie pierwej jak po 3 lub 4 dniach następowało. Pieniek amputowany po założeniu szwów i plastrów układano na miękko sieczką wypchanych poduszeczkach, pokrytych woskowanem płótnem, lub inną nieprzemakającą tkaninę. Brzegi rany utrzymywano w czystości przez przytykanie (Abtupfen) kupkami miękkiej szarpi. Worki z lodem wyjątkowo tylko przy silnych bólach i tylko do czasu używanemi bywały. Pieniek amputowanej kończyny nigdy nie bywał niczem obwiązywany, a tylko kawałkiem zwilgoconego lub oliwą napojonego płótna okryty. Ponieważ większa część ran, z powodu fatalnych warunków, w jakich przed operacją chorzy się znajdowali, źle ropiała i przybierała cechy ran zgorzelinowych, zatem pokrywano je zwykle kompressem lub szarpią zmaczaną w *Alumina acetica*, który to środek desinfekcyjny znakomite miał oddać usługi. W końcu sprawozdawca przytacza słowa *Burow'a*, głównego krzewiciela powyższej metody opatrywania, w których wykazanem jest, że obwijanie ran stanowi tylko urojony środek wstrzymania przystępu powietrza, a z drugiej strony bronionem jest mniemanie, że przystęp ciągle świeżego atmosferycznego powietrza, pomyślnie tylko na gojenie się ran wpływać może.

(Berlin Klin. Wchsft.) *M.*

Fig: I   Fig II



Dr. *Béclard* przedstawił Akademji Lekarskiej w Paryżu, narzędzie, wynalezione przez Dr-a *Cintrat*, przeznaczone do zakładania powiązek (*ligatura*) na tentnice, w miejscach głęboko położonych; za pomocą niego, operator może podwiązywać naczynia bez wszelkiej pomocy assystenta. Powiązkę taką nazywa *automatyczną* (*automatique*).

Narzędzie to składa się z dwóch części: zwyczajnej pincety używanej do podwiązywania tentnic (Fig II), której jednak ramię górne jest wyżłobione w sposób przedstawiony na figurze M, i żelazka w które się wkłada nitkę (Fig. I).

Ażeby wprowadzić nitkę i przygotować narzędzie, należy: 1-o) podsunąć w górę (od F do E) skówkę B, aż do śródka żelazka F.; 2-o) wpuścić wewnątrz niego oba końce nitki, tak aby gdy dojdą do otworu H, mogły

być przez takowy wyciągniętemi, poczem wyciąga się takowe i zawiązuje oba końce, a nitka E E' jest tak założoną iż stanowi pętlę. Po takiem przygotowaniu, podnosi się końcem palca wielkiego ręki prawej sprężynę Fig. I, aby żelazko można było podsunąć ku górze i wkłada się w otwór górnego ramienia pincety, jak to pokazano na figurze M.

Po takiem przygotowaniu, chwyta się szczypczykami tentnicę, w ten sposób jak przy zwyczajnem podwiązywaniu, wówczas pętla nitki będzie pod spodem tentnicy; przytrzymuje się jedną ręką narzędzie, a usuwając palcem wielkim ręki prawej skówkę, posuwa się ku dołowi żelazko G. Poczem robi się parę obrotów szczypczykami około ich osi podłużnej — powiązka jest zawiązaną; dalej—jeszcze dwa obroty i nitka jest przeciętą. Wielu chirurgów, obecnych na posiedzeniu, pochwalało to narzędzie.

Zanotować należy fakt zasługujący na uwagę ze stanowiska hygieny publicznej: chcemy mówić o konieczności oczyszczenia wielkich miast Europy, z ogromnej ilości cuchnącej wody, płynącej ich kanałami. Kwestją owego oczyszczenia zajmowano się obecnie w Paryżu, miasto to posiada bowiem podobnej wody 100,000 metrów sześciennych. Trzy środki zaproponowano w tym celu: Pierwszy polegał na odprowadzeniu jej do Sekwany. Napozór dobry to środek, ale w gruncie rzeczy nie prowadzący do niczego, jest to bowiem przeniesienie tylko nieczystości z jednego miejsca na drugie; w najgorszym razie mógłby posłużyć dla miasta położonego po jednej stronie rzeki i w znacznem od jej brzegów oddaleniu, dla Paryża i większej części miast Europejskich jest niestosowny. Drugi projekt polegał na odprowadzeniu tej nieczystej wody, za pomocą stosownych pomp, bardzo daleko po za miasto i użyciu jej następnie na skroplenie łąk. W podobny sposób oczyszczają Londyn i Edymburg. Trzeci nakoniec polega na sprowadzeniu nieczystości pompami w przygotowane w tym celu zbiorniki, w których zapomocą siarczanu glinki ($Al_2O_3$, $3SO_3$) pozbawione zostają kwasu fosfornego, ($PO_5$) i zwiększej części ($^9/_{10}$) materji organicznych jakie zawierają. Materje te (opadające) mogą być użyte na nawóz, a płyny, już oczyszczone, mogą być użyte bez szkody do skrapiania łąk.

Ostatni projekt, który widocznie dwa pierwsze przewyższa, wzięto pod rozwagę w Paryżu, w istocie godnym on jest zastanowienia i dowodzi jak tam są zabiegliwi, gdy idzie o powiększenie dwóch wielkich dźwigni dobrobytu narodowego: zdrowia i przemysłu.

*Gazette médic. 1868 r.* D.

**Czarna krosta (Pustula maligna) na górnéj konczynie, wyleczenie za pomocą nacisku palcami (compressio digitata).** Wyleczenie czarnéj krosty za pomoca nacisku palcami na główną tętnicę odżywiającą chorą część ciała, było już w krótkości podane przez Dr. *Lamprechta* w „Gazetta medicale di Padova" (1861. Nr. 10. str. 144). Sposób ten zupełnie nowy a mało znany, szczegółowo opisuje Chirurg paduański Dr. *Vanzetti* w „Gaz. de Lop." Nr. 140 r. z., który ze strony lekarzy praktykujących na tem większą zasługuje uwagę, ponieważ używane dotychczas środki, niedostateczne są do wyleczenia choroby, zwykle życiu zagrażającéj.

Wypadek przez Dr. *Venzetti* opisany jest następujący: 31-go Grudnia 1865 r. przybył do kliniki Prof. V. 28-letni Franciszek L. z nabrzmieniem lewéj górnéj konczyny, trwającem dni cztery. Rozpoznanie choroby już z samego wejrzenia było łatwem, które i dane anamnestyczne potwierdziły. Chory L. przed 8-ma dniami wypaproszył zdechłego konia, przy téj robocie nie skaleczył się, ani też na rękach nie miał żadnego obrażenia. Przez 4 dni następne był zupełnie zdrów, dopiero wieczorem 5-go dnia (26-Grudnia) zauważył małą czarną wyniosłość w okolicy nadgarstka, którą paznokciem rozdrapał, przytem zjawiły się lekkie bóle kłujące. Następnego dnia rano, dolna połowa ramienia była opuchła, 28-go opuchnięcie doszło do łokcia, a 30-go do połowy ramienia, jednocześnie wystąpiła silna gorączka z dreszczami. Dnia 31-go obrzmienie sięgało dołu pachowego, w całej konczynie najgwałtowniejsze przeszywające bóle, z bolesnem napięciem skóry, „jak gdyby konczyna pęknąć miała," wtedy L. udał się do szpitala.

Przy badaniu chorego znaleziono krostę poszarpaną, wielkości soczewicy, na dwa palce poprzeczne powyżéj nadgarstka, o dnie czarnem, otoczoną wieńcem pęcherzyków wielkości prosa, napełnionych cieczą żółtawą (chaton de la bagne entouré des perles), całe ramię

obrzmiałe, twarde, z powierzchnią nierówną (podobną do skórki pomarańczowéj), co pochodziło od wysięku galaretowego nagromadzonego pod naskórkiem, zbyt gęstego aby mógł utworzyć pęcherzyki. Chory był niespokojny, skarżył się na silne bóle w konczynie, puls 75, miękki, temperatura ciała, wyjąwszy na konczynie chorėj, nie podniesiona.

*O.* postanowił sprobować nacisku palcowego na tętn. ramieniową; z powodu obrzmienia, ucisk był wywarty w okolicy pachowej, chociaż manipulacja tu jest trudniejszą i chorzy gorzéj ją znoszą dla delikatności skóry. Nacisk rozpoczęto o god. 8-mej wieczorem, a po półgodzinnem trwaniu, chory nie doznawał więcéj owego szarpiącego bólu, mógł nieco palcami poruszać (czego poprzednio nie był wstanie wykonać), po 3-ch godzinach palec wielki dosięgać mógł średniego i obrączkowego.

Po 12-to godzinnym bezprzestannym nacisku, przeniesiono takowy na tętn. podobojczykową, w miejscu jej wystąpienia z pomiędzy mięśni dźwigaczy klatki piersiowej (m. scaleni), ponieważ skóra na miejscu poprzedniego nacisku zaczerwieniła się i stała się bolesną, lecz ucisk ten skutku żadnego nie przyniósł i chory sam dopraszał się o powrócenie na miejsce poprzednie, gdyż bóle, na około krosty szczególniéj, na nowo powróciły; bole te zjawiały się przy każdéj zmianie naciskających rąk. Po 24-ch godzinach obrzmienie i czerwoność znacznie zmniejszyły się, ruchy w palcach i łokciu powróciły, temperatura konczyny prawie normalna, twardość deskowa obrzmienia zupełnie znikła, zaprzestano nacisku.

Przez 8 dni następnych, w celu przyspieszenia resorbcji wysięku, zastosowywano okłady wilgotne aromatyczne, poczem konczynie powróciła normalna wielkość, wygląd i ruchy. Chory po miesiącu opuścił szpital.

Interesujący powyższy opis, kończy V. następnemi słowy: gdyby znane były inne wypadki wyleczenia czarnej krosty za pomocą nacisku palcowego, wtedy terapia osiągnęłaby znakomity nabytek w chorobie, do zwalczenia której używane są dotychczas gwałtowne i okrutne, a nie zawsze pomyślnie uwieńczane procedury. Obowiązkiem jest zatem wszystkich, którym podobne wypadki zdarzą się, zastosować podany tu środek i o rezultatach osiągniętych donieść publiczności lekarskiej. (*Wiener medicinische Wochenschrift*). *L.*

---

# KRONIKA DWUTYGODNIOWA.

---

**Doktoryzacja.** Dnia 30 z. m. r. b. o godzinie 12-téj w południe w Auli Szkoły Głównéj, bronił rozprawy na stopień Dra Medycyny p. **Władysław Ostrowski,** Lekarz ordynujący w szpitalu Ś-go Antoniego we Włocławku.

Kolega *Ostrowski* rozpoczął nauki lekarskie w b. Akademji Medyko-Chirurgicznéj Warszawskiéj w 1858 r. ukończył je w Halli, a w 1863 uzyskał od Szkoły Głównéj stopień doktora, z warunkiem obronienia rozprawy. Czyniąc zadość temu warunkowi przedstawił rozprawę p. t. „*O Nowotworze wilkiem zwanym* (*de lupo*).”

Oponentami z urzędu wydział lekarski wyznaczył prof: *Girsztowta i Chojnowskiego.*

Nie widzimy potrzeby dawać sprawozdania z rozprawy bronionéj, bo ją czytelnicy znajdą w *Dodatku do Kliniki* wydrukowaną dosłownie (1 Lipca r. b.), mamy tylko zamiar zastanowić się nad kilkoma jéj punktami, a głównie nad opozycją prof. *Girsztowta.*

Rozprawy publiczne w łonie rozmaitych Akademji zawsze są ważne, nauczające i zajmuje się niemi cała Europa. Nam mniejszy dostał się zakres w udziale, warto jednak i należy rozebrać zdania publicznie wygłaszane, bo z takowych nie jednéj rzeczy nauczyć się powinniśmy, nie jedno zanotować *na przyszłość* wypada.

Prof. *Girsztowt* rozpoczął rozprawy pochwałami dla doktoranta, z nich dowiedzieliśmy się, że największą zasługę kolegi *Ostrowskiego* w tem upatruje, iż tenże *nigdy nie pisał polemicznie.* Pochwały te odnosiły się zapewne do przyszłości, do prac do druku przygotowanych, gdyż dotąd doktorant nie wiele ich ogłosił (*Obserwacja szpi-*

*talna:* ,,Ostre zapalenie gruczołów krezkowych, patrz *Klinika* Nr. 3, T. II, i ,,Sprawozdanie ze szpitala Ś-go Antoniego we Włocławku;" w kilkunastu tylko odbite egzemplarzach), pochwała doktoranta za to że nie pisał w polemicznéj treści, zadziwiła nas nie pomału; podobnego ocenienia pisarzy polemicznych aniśmy spodziewać mogli! Wyrażenie to jednak ocenia dostatecznie, jak się u nas jeszcze pojmuje polemika i czego się pisarze polemiczni spodziewać mogą, jeżeli ludzie naukowi i postępowi niewahają się takiego zdania wygłosić!..... Gdzie indziéj inaczéj rzecz tę pojmują, wzorem niech będą Niemcy i Francja, która przyjmuje *Julyusza Favre* do rzędu 40-tu *Nieśmierlelnych*, powiadając iż największą zasługą wybranego jest to, że cały swój żywot był mówcą i pisarzem polemicznym! O, niewątpliwie, bo polemika, mniejsza czy jest prowadzona namiętnie lub chłodno, byle się umiała utrzymać w przyzwoitych szrankach i nie dotykała osobistych autora stosunków, jest zawsze dla piszącego zasługą, dla korporacji oznaką rozbudzonego życia.

Na dzisiaj dosyć w téj kwestji, będziemy mieli sposobność nie długo obszerniéj o tym przedmiocie pomówić!.....

Drugim zarzutem, ściśléj do lekarskiego ograniczonym pola, jest kwestja *statystyki lekarskiéj;* w téj materji u nas nieco mówiono, zbierano ją i zbierają tu i owdzie. W danym przypadku, zarzut ściągał się do wyrażenia na str. 39 rozprawy pomieszczonego; tam autor mówi: ,,Dla braku naukowo prowadzonéj u nas statystyki, nie jestem w możności dokładnie podać, jak choroba nas zajmująca jest częstą w stosunku do innych w naszym kraju," i t. d. Oponent zarzucił doktorantowi, że winien wiedzieć, iż takowa statystyka prowadzoną jest w szpitalu Ś-go Łazarza. Ośmielamy się powiedzieć iż takowéj *nie ma*, nie ma, powiadamy, w naukowem jéj znaczeniu, bo statystyka mająca służyć za podstawę do poszukiwań i wyprowadzenia naukowych wniosków, powinna być obszerną, a co najmniéj winna być *przez kogoś drukiem ogłoszoną*, aby nazwisko podpisanego autora, było gwarancją jéj wiarogodności. Nic podobnego dotąd nie ogłoszono, więc wolno utrzymywać, że brak jest statystyki naukowo prowadzonéj.

Zarzuty prof. *Chojnowskiego* odnosiły się ściśle do rozprawy, roztrząsał statystykę *Veiel'a*, *Devergie i Hebry*, które, mimo to że są przytoczone z drukowanych źródeł, dały powód do kontestacji; rozbierał kwestję tłomaczenia działania środków drażniących w przekrwieniu, nakoniec robił zarzuty co do użytego w rozprawie *słownictwa*, które długi czas jeszcze będzie u nas przedmiotem sporów naukowych.

— Na przedostatniem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, prof. *Girsztowt* przypomniał zgromadzanym Kolegom, że za lat *trzy* kończy się 50 lat istnienia Towarzystwa i zaproponował ażeby jubileusz ten obchodzić wydaniem kilku prac, mających służyć za pamiątkę téj uroczystości. Prace te mają być następujące: Napisać rys historyczny Towarzystwa. Rys historyczny założenia i rozwoju kassy wsparcia dla rodzin i sierot po podupadłych lekarzach. Historję bibljoteki Towarzystwa. Historję Pamiętnika Towarzystwa. Towarzystwo myśl kolegi *Girsztowta* przyjęło jednomyślnie i postanowiło wezwać kolegów aby się raczyli podjąć prac wymienionych, i my projektowi temu przyklaskujemy, i szczerze życzymy uwieńczenia tego pomysłu pomyślnym skutkiem, a to nastąpić może, gdyż czas trzy letni wystarczyć powinien do opracowania wymienionych przedmiotów, tembardziéj, że piszący Historję Towarzystwa Lekarskiego, znajdzie przedmiot ten dość już obszernie obrobionym, w artykule prof. *Szokalskiego* który w I. Tomie *Kliniki* ogłosiliśmy.

**Stan sanitarny m. Warszawy** tak się nam w obecnym czasie przedstawia: *Tyfus* się zmniejszył co do liczby przypadków, lecz nie do tego stopnia, abyśmy epidemję za skończoną uważać mogli; taką tylko zmianę zanotowaćby należało: że w obserwowanych w tej chwili przypadkach, przeważa przedrażnienie systematu nerwowego, bądź to ogólne, bądź do pojedyńczych zmysłów się ograniczające. Mamy dość liczne *zapalenia gardła* kataralne jak i błondzowę, *błonica* wikła rany w oddziałach chirurgicznych tak świeże jak i zadawnione; przytem dają się spostrzegać *zapalenia płuc i opłucnej*, *gastrycyzmy* i w ostatnich dniach już się pojawiły *ostre katary kiszek* ze skłonnością do obfitych wypróżnień wodnistych, bez bo-

leści, powodowane najczęściéj, nie błędami w djecie, ale zaziębieniem. Nakoniec *krwotoki z nosa i płuc*, i *zimnice* z typem codziennym, z nieznacznem powiększeniem śledziony. Tym ostatnim naczęściej towarzyszy katar żołądka.

— Na ostatniem posiedzeniu Towarz. Lekarskiego, Dr. *Fudakowski* czytał sprawozdanie z prac Komitetu, wybranego przez Towarzystwo, dla rozstrzygnięcia pytania: czy syfony używane do wód gazowych posiadają metale mogące się rozpuszczać w wodzie, i pod jaką postacią rozpuszczanie to następuje? Ponieważ w piśmie naszém przedmiot ten poruszonym był obszernie (Nr. 13 i 14, T. II Kliniki) znajdą czytelnicy niebawem streszczenie sprawozdania Komitetu; obecnie wspomniéć tylko winniśmy, że kwestja rozstrzygniętą została dla syfonów pomyślnie.

## Wspomnienia pośmiertne.

W ubiegłym miesiącu straciliśmy dwóch Kolegów, pierwszym z nich jest **Franciszek Lipiński** Lekarz b. Wojsk Polskich, lata swe stargał na posłudze najbiedniejszéj klassie ludności; zakończył pracowity żywot w szpitalu Ś-go Ducha.

Drugim jest **Walenty Olbratowicz** Dr. Med. fakultetu paryzkiego, otrzymał stopień Mag. filoz. w b. uniwersytecie Warszawskim, przeszedł na wydział Lekarski, a po zwinięciu uniwersytetu udał się do Paryża, gdzie nauki ukończył. Zmarł w m. Opatotowie 6 Kwietnia r. b. gdzie się przeniósł pod koniec dni swoich. Długie lata (od 1835 roku do 1865) praktykował w Warszawie, był Lekarzem Ordynującym w szpitalu Dzieciątka Jezus i członkiem Towarzystwa Lekarskiego. W *Pamiętniku Towarzystwa*, drukował: „O duchu właściwym nauk lekarskich”, w *Tygodniku Lekarskim*, „Niektóre uwagi nad artykułem: Poród od 5-ciu dni trwający, ukończony za pomocą operacji ręcznej przez Dra. *J. M.*” Umierając zapisał dla Kassy wsparcia wdów i sierot po podupadłych lekarzach 3000 rs., a Towarzystwu swą biblijotekę.

— 14-go Kwietnia b. r. v. s. w mieście Humaniu Guberni Kijowskiej, po długiéj i ciężkiéj chorobie, zeszedł z tego świata w 70 roku życia, ś. p. *Jan Ilkiewicz*, *Doktór Medycyny*, *Radca Stanu*, były Lekarz powiatowy Humański, od wielu lat emeryt. Należał on do téj już małéj garstki *Rari nantes in gurgite vasto*! uczniów b. Uniwersytu Wileńskiego, którzy sięgają jeszcze ostatnich lat przewodnictwa téj lekarskiej szkole, znanego całej Europie *Józefa Franka*, owego wzorowego mistrza praktycznej medycyny, który jednał dla siebie dozgoną wdzięczność każdego ze swych licznych słuchaczy. Ś. p. *Ilkiewicz* obdarzony od natury rzadkim, tak zwanym, *taktem lekarskim*, pozyskał w miejscu wieloletniego swego pobytu, szczęśliwą swą praktyką lekarską dość obszerną klientelę. A lubo pod koniec swéj karjery, odznaczał się jak w sposobie życia, tak i obejściu się z chorémi, wyłączną oryginalnością, posuniętą prawie do dziwactwa, o której wspomnienie pozostanie na długo w téj stronie, to jednak nie wywierało bynajmniej szkodliwego wpływu na jego wziętość, owszem w opinji niektórych jego zwolenników, szczególniéj między starozakonnymi (na téj jak się zdaje zasadzie, że ludzie genjalni dozwalają sobie częstokroć niektórych ekscentryczności) nadawała mu jeszcze więcéj powagi i znaczenia. Umiał korzystać z tego nieboszczyk, bo przy oszczędném życiu i do późnych lat bezżenny, zebrał niemały fundusz, który jak słychać, rozdzielił, jako bezdzietny, między synowca, pozostałą młodą swą wdowę, która pielęgnowała go z rzadkiem poświęceniem się w czasie długiéj jego choroby, i resztę przeznaczył na zakłady naukowe. *Sit illi terra levis*!

Humań 19 Kwietnia (1 Maja) 1868 roku. *Dr. Szydłowski.*



Redaktor. Z. Dobieszewski.

w Drukarni J. Jaworskiego.—*Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.*—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1).